

Características clínico-patológicas de la pitiriasis alba. Estudio prospectivo con 31 casos

Elizabeth Mayeshiro¹, Anadela Laura¹, Felipe Velásquez¹, Francisco Bravo², Héctor Cáceres¹

¹Servicio de Dermatología, Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú. ²Servicio de Patología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Dermatol Pediatr Lat 2005; 3(1): 27-37.

Resumen

La pitiriasis alba (PA) es un cuadro cutáneo común, considerado como criterio secundario de la dermatitis atópica (DA); sin embargo, se presenta en un porcentaje considerable de individuos sin DA. Tiene variantes clínicas pobremente definidas que confunden más su denominación semántica.

Objetivo: Determinar los aspectos epidemiológicos y clínicos de la PA en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Instituto de Salud del Niño Lima-Perú (ISN); e investigar un posible correlato clínico-histopatológico entre las diferentes variantes.

Material y métodos: Se revisaron 2 127 historias clínicas de los pacientes que acudieron al servicio de dermatología del ISN durante los años 1996 al 2001 con el diagnóstico de PA. Luego se realizó una evaluación prospectiva de 31 pacientes con PA que acudieron al servicio de dermatología del ISN en el periodo comprendido entre abril y mayo del 2002; se recolectaron los datos epidemiológicos y clínicos en fichas previamente establecidas y se tomaron biopsias de piel de lesiones en la cara lo más alejado posible de la región centrofacial.

Resultados: La revisión retrospectiva de 2 127 casos determinó que la PA representa el 3.8% de los pacientes atendidos. Las lesiones ocurrieron en región facial en un 95% y las formas clínicas consignadas fueron: hipocrómica (91.5%), eritematosa (4.5%), pigmentante (0.88%) y folicular (0.88%).

En el estudio prospectivo de los 31 casos, el 55% correspondió al sexo femenino y las edades fluctuaron entre 0 y 14 años. Se encontró antecedentes de desnutrición en el 48%, asma bronquial en el 19% y DA en el 14%. Todos los pacientes presentaban compromiso facial; el 55% de ellos tenía menos de 5 lesiones y las variantes clínicas encontradas fueron hipocrómica en el 80.65%, eritematosa en el 41.94%, pigmentante en el 9.68% y folicular en el 6.45%.

El estudio histopatológico no demostró hallazgos específicos relacionados con las variantes clínicas; sin embargo, se observaron cambios no descritos previamente, tales como infiltrado linfocitario profundo de tipo liquenoide y mucinosis. No se encontró un correlato clínico-histopatológico en las muestras estudiadas.

Conclusiones: La PA presenta variantes clínicas definidas: hipocrómica, eritematosa, pigmentante y folicular; sin embargo en nuestro trabajo no fue posible establecer la existencia de un correlato clínico patológico entre las diferentes variantes.

El nombre de PA no representa este polimorfismo clínico, por lo que proponemos denominarla pitiriasis simplex hipocrómica, eritematosa, pigmentante o folicular según sea el caso.

Palabras clave: Pitiriasis alba; Pitiriasis simplex; Eccemátide; Mucinosis; Infancia.

Correspondencia:
Dr. Héctor Cáceres Ríos
Servicio de Dermatología
Instituto Especializado de Salud
del Niño IESN
Av. Brasil 600 Lima 5, Perú.
Correo electrónico:
hwcaceres@iabcp.com
Recibido 11/03/2005
Aprobado 15/04/2005

Abstract

Pityriasis alba (PA) is a common cutaneous disorder, considered as a secondary diagnostic criteria for atopic dermatitis (AD); however it is present in a considerable percentage of individuals without AD. PA has poorly defined clinical variants that confuse its semantic denomination.

Objectives: To establish the epidemiological and clinical aspects of PA in patients that attend the dermatology service of Instituto de Salud del Niño (ISN) (Children's Health Institute) Lima-Peru, and to investigate a possible clinical-histopathological correlation for each variants.

Material and methods: 2,127 clinical histories from patients with the diagnosis of PA that attended the ISN dermatology service during the years 1996 to 2001 were reviewed. A prospective evaluation of 31 patients with PA that attended the ISN dermatology service in the period between April 2002 and May 2002 was performed; the epidemiological and clinical data were collected and biopsies were taken from lesional skin on the face, as far away as possible from the centrofacial region.

Results: The retrospective review of 2,127 files established that PA represents 3.8% of the outpatients attending the dermatology clinic. The lesions were located on the face in 95% of the patients, with the following percentage of clinical variants: hypochromic (91.5%), erythematous (4.5%), pigmentary (0.88%) and follicular (0.88%).

In the prospective study of the 31 cases, 55% corresponded to females. Age of patients varied from 0 to 14 years. There were previous history of malnutrition in 48%, bronchial asthma in 19% and AD in 14%. All patients presented facial involvement; 55% of them had less than 5 lesions and the clinical variants were hypochromic in 80.6%, erythematous in 41.9%, pigmentary in 9.7% and follicular in 6.4%.

The histopathological study did not demonstrate specific findings related to each of the clinical variants; however, some changes were not described previously, such as deep lichenoid lymphocytic infiltrate and dermal mucinosis.

Conclusions: PA presents defined clinical variants: hypochromic, erythematous, pigmentary and follicular; however in our work it was not possible to establish the existence of specific pathological findings that will correlate with each clinical variant.

The term Pityriasis alba does not represent this clinical polymorphism, so we propose to denominate it hypochromic, erythematous, pigmentary or follicular Pityriasis simplex.

Key word: Pityriasis alba; Pityriasis Simplex; Eczematid; Mucinosis; Infancy.

Introducción

La pitiriasis alba (PA) es un desorden cutáneo inespecífico de etiología desconocida caracterizado por máculas hipocrómicas, redondeadas u ovaladas poco delimitadas y cubiertas con escamas finas que ocurren usualmente en la región facial de los niños^{1,2}.

Fue descrita por Gilbert en 1860³ y Fox en 1923⁴; sin embargo, fue O'Farrell en 1956 quien propuso el nombre de PA⁵. Esta entidad ha merecido varias nomenclaturas en las últimas décadas tales como pitiriasis sicca fasciei, pitiriasis simplex fasciei, eritema streptogenes, impétigo furfurácea, impétigo crónico, dertos volante, pitiriasis fasciei acromiante y otras^{1,3,6}. La incidencia exacta de la PA no ha sido descri-

ta; sin embargo, algunos autores señalan que se observa en el 1 a 5% de la población general y en el 34% de los atópicos⁶. En países subdesarrollados la PA es una de las alteraciones de piel más comunes de la edad pediátrica, sobretodo en la clase socio-económica baja⁷. En un estudio realizado en 200 pacientes, el 90% de ellos eran niños menores de 12 años⁸. Ocurre en todas las razas; sin embargo, es considerada más común en la raza negra, posiblemente porque es más notorio en piel oscura⁹ pudiendo pasar desapercibido en niños de piel clara.

A pesar de ser una enfermedad tan común en nuestro medio no existen suficientes trabajos que aclaren las características epidemiológicas, etiopatogénicas y las variables clínico-histopatológicas de esta entidad.

El objetivo del presente trabajo es conocer los aspectos epidemiológicos de la PA en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Instituto de Salud del Niño Lima-Perú (ISN); e investigar un posible correlato clínico-histopatológico en esta enfermedad.

Material y métodos

Se revisaron 2 197 historias clínicas de todos los pacientes que acudieron al servicio de dermatología del ISN durante los años 1996 al 2001 con el diagnóstico de PA. Se buscaron las características epidemiológicas y clínicas de la entidad, considerando las variables edad, sexo, procedencia, localización, tipo de lesión, tratamiento recibido y enfermedades concomitantes.

Una vez establecido el perfil epidemiológico y clínico de la PA en nuestro servicio, se realizó una evaluación prospectiva de los pacientes que acudieron entre abril y mayo del 2002. Se elaboró una ficha de recolección de datos tomando en cuenta filiación, antecedentes patológicos, antecedentes epidemiológicos y datos clínicos de la enfermedad. Se realizaron biopsias de piel en 31 casos para establecer la existencia de un correlato clínico-histopatológico.

Los datos clínicos considerados fueron tiempo de enfermedad, localización, número de lesiones, porcentaje de área afectada y tipo de lesión. Se clasificó el tipo de lesión clínica sobre la base de la revisión retrospectiva en formas hipocrómicas, eritematosas, pigmentantes y foliculares.

Las biopsias fueron tomadas de piel de la cara, lo más alejadas de la región centroracial y procesadas en el servicio de patología del Hospital Cayetano Heredia de Lima-Perú. Los cortes fueron coloreados con hematoxilina-eosina y aquellos que mostraron presencia de mucina se investigaron con la reacción de hierro coloidal - ácido periódico de Schiff (PAS).

Resultados

En la revisión retrospectiva de 56 172 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del ISN en el periodo comprendido entre 1996 al 2001, se encontró un total de 2 127 casos con el diagnóstico de PA o eccemátide, lo que determina una frecuencia del 3.8%. No se encontró predominio significativo de ningún sexo y el 76.5% de los casos ocurrió en menores de 10 años. Las lesiones se presentaron en cara en un 95% y las formas clínicas consignadas fueron hipocrómica (91.5%), eritematosa (4.5%), pigmentante (0.88%) y folicular (0.88%).

Los resultados del estudio prospectivo de los 31 pacientes con PA atendidos en el servicio entre abril y mayo del 2002, coinciden con los datos de la revisión retrospectiva. Diecisiete de los 31 casos (55%) correspondieron al sexo femenino; las edades fluctuaron entre 0 a 14 años, presentándose entre 0 a 4 años de edad en el 19%, entre 5 a 9 años en el 55% y entre 10 a 14 años en el 25%. Se encontraron antecedentes patológicos personales en el 68% de los pacientes; de ellos el 48% correspondió a desnutrición, el 19% a asma bronquial y se halló bronquitis, pediculosis y dermatitis atópica (DA) en el 14% para cada uno de ellos.

De los 31 pacientes, el 48% vivía en casas precarias de material rústico, el 84% criaba animales dentro de la casa y solo el 52% contaba con agua y desagüe en su vivienda. El 19% de los pacientes se bañaban diariamente, el 45% cada dos días y el 36% lo hacía con una frecuencia mayor de dos días. El 61% usaba para el aseo personal jabón de tocador perfumado, el 23% jabones germicidas, el 7% jabones alcalinos de lavar ropa y solo el 3% usaba jabón de glicerina neutro. Se indagó el tiempo promedio de exposición solar diaria en todos los casos, el 45% refirió estar expuesto más de 4 horas diariamente, el 26% entre 2 a 4 horas y el 29% menos de 2 horas.

El tiempo de enfermedad de los 31 casos se encuentra referido en la tabla 1; el 55% de ellos tenía un tiempo de enfermedad prolongado de más de un año de evolución.

Tabla 1. Distribución de 31 pacientes con PA atendidos en el ISN de abril a mayo del 2002, según tiempo de enfermedad.

Tiempo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 6 meses	13	41.94
De 7 a 11 meses	1	3.22
Más de 1 año	17	54.84
Total	31	100.00

Los datos clínicos de localización y número de lesiones, además del área comprometida en la cara se detallan en la tabla 2. Todos los pacientes presentaban compromiso facial, el 55% de ellos tenía menos de 5 lesiones y el 28% tenía compromiso del 11 a 20% del área facial total.

Tabla 2. Distribución de 31 pacientes con PA atendidos en el ISN de abril a mayo del 2002, según características de las lesiones clínicas.

Característica clínica	Frecuencia	Porcentaje
Localización		
Cara	31	100.00
Cuello	1	3.23
Extremidades superiores	4	12.90
Número de lesiones		
5 ó menos	17	54.84
6 a 10	10	32.26
Más de 10	4	12.90
Área afectada de la cara (n= 29)		
Menos de 5%	7	24.14
6 a 10%	5	17.24
11 a 20%	8	27.59
21 a 30%	3	10.34
Más de 30%	6	20.69

En el gráfico 1 se consignan los tipos clínicos de PA encontrados en el estudio. Se identificaron un total de 43 lesiones en los 31 pacientes. El 80.65% de pacientes presentaron la forma hipocrómica clásica, el 41.94% la eritematosa, el 9.68% la variedad pigmentante y el 6.45% la folicular (Fig. 1-2). Los tipos clínicos de PA considerados han sido tomados en base a los hallazgos de la revisión retrospectiva presentada anteriormente.

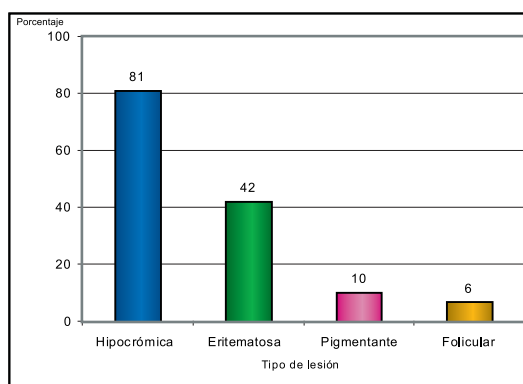


Gráfico 1. Distribución según el tipo de lesión identificada en 31 pacientes con PA atendidos en el ISN de abril a mayo del 2002.

Se tomaron biopsias de piel lo más alejado posible de la región centrofacial en todos los casos; 15 de la variante hipocrómica, 12 de la eritematosa, 2 de la pigmentante y 2 de la folicular. Los resultados del estudio histopatológico se detallan en las tablas³⁻⁵.

En la tabla 3 se puede observar que los cambios epidérmicos más importantes incluyen la irregularidad en la pigmentación basal y la espongirosis.

En cuanto a los cambios dérmicos, la mayoría de biopsias analizadas sí mostraron un infiltrado inflamatorio linfocítico, perivascular, superficial y liquenoide, con incontinencia pigmentaria, pudiendo demostrar a veces un componente profundo así como algunos eosinófilos.

Los cambios foliculares más relevantes en este estudio fueron la espongirosis, la exocitosis, la presencia ocasional de taponos foliculares, y sorprendentemente, la presencia de mucinosis folicular en 20% de los casos. Este hallazgo nunca fue sospechado clínicamente. La hipoplasia de glándulas sebáceas se detectó en todos los casos

Discusión

La PA es un desorden cutáneo muy común en nuestro medio, más frecuente en indivi-



Fig. 1. Parches hipocrómicos y eritematosos en cara de un mismo paciente.



Fig. 2. Mácula hiperocrómica rodeada de halo hipocrómico en paciente mestizo expuesto al sol.

Tabla 3. Distribución de 31 pacientes con PA atendidos en el ISN de abril a mayo del 2002, según cambios histológicos en epidermis.

Cambios en la epidermis	Hipocrómica (n=15)		Eritematosa (n=12)		Pigmentante (n=2)		Folicular (n=2)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Paraqueratosis	4	26.67	4	33.33	1	50.0	0	0.0
Ortoqueratosis	2	13.33	3	25.00	0	0.0	1	50.0
Espongiosis	7	46.67	8	66.67	1	50.0	1	50.0
Exocitosis	6	40.00	5	41.67	0	0.0	1	50.0
Hiperplasia epidérmica	6	40.00	3	25.00	0	0.0	1	50.0
Pigmento basal irregular	9	60.00	9	75.00	2	100.0	1	50.0
Eritrocitos	0	0.00	1	8.33	0	0.0	0	0.0

Tabla 4. Distribución de 31 pacientes con PA atendidos en el IESN de abril a mayo del 2002, según cambios histológicos en dermis.

Cambios en la dermis	Hipocrómica (n=15)		Eritematosa (n=12)		Pigmentante (n=2)		Folicular (n=2)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Células del infiltrado								
Linfocitos	13	86.67	10	83.33	2	100.0	2	100.0
Eosinófilos	2	13.33	2	16.67	1	50.0	0	0.0
Tipo de Infiltrado								
Superficial	8	53.33	6	50.00	2	100.0	2	100.0
Profundo	2	13.33	4	33.33	0	0.0	0	0.0
Liquenoide	8	53.33	12	100.0	2	100.0	2	100.0
Perianexial	1	6.67	4	33.33	0	0.0	0	0.0
Perivasculares	9	60.00	1	8.33	0	0.0	0	0.0
Incontinencia Pigmentaria	11	73.33	12	100.0	2	100.0	2	100.0
Eritrocitos extravasados	2	13.33	3	25.00	2	100.0	1	50.0

Tabla 5. Distribución de 31 pacientes con PA atendidos en el IESN de abril a mayo del 2002, según cambios histológicos foliculares.

Cambios foliculares	Hipocrómica (n=15)		Eritematosa (n=12)		Pigmentante (n=2)		Folicular (n=2)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Espongiosis	14	93.33	8	66.67	2	100.00	2	100.00
Exocitosis	10	66.67	7	58.33	0	0.00	1	50.00
Tapones queratósicos	4	26.67	5	41.67	0	0.00	1	50.00
Mucinosis folicular	1	6.67	4	33.33	0	0.00	1	50.00
Atrofia de glándulas sebáceas	15	100.00	12	100.00	2	100.00	2	100.00

duos de piel oscura, como mestizos y negros, sobre todo en los meses de verano cuando la piel bronceada resalta el contraste con las máculas hipopigmentadas de la PA. La prevalencia ha sido reportada por Martínez y col. en 3.1%¹⁰ mientras que los estudios de Nanda A. y Fung W. reportan 5.25% y 1.0% respectivamente^{11,12}. La PA ha sido catalogada como una de las tres afecciones dermatológicas más frecuentes en el Hospital General de México¹³, y en otro estudio se encontró que el 90% de los casos, eran niños menores de 12 años⁸. Nosotros hemos encontrado que el grupo etario más comprometido fue el de 5 a 9 años (55%).

La etiología de la PA es desconocida, ha sido considerada como un hallazgo asociado a la DA¹⁴ y definida por Hanifin y Rajka como uno de los criterios menores para DA¹⁵; sin embargo, se ha establecido que ocurre en un 20 a 40% de los niños atópicos con o sin evidencia de DA¹⁶. En nuestro estudio encontramos que solo el 14% de los casos tenían DA, mientras que el antecedente de cualquier forma de atopía (asma, rinitis alérgica y DA) se presentó en el 43% lo que indicaría que la PA es una forma de atopía cutánea más que un criterio secundario de DA¹⁷.

No se ha demostrado relación directa con microorganismos, mal nutrición, deficiencias vitamínicas, parasitosis intestinal o anemia^{6,7}; sin embargo en nuestro estudio el 48% de los casos presentaba desnutrición crónica. Se ha señalado a la avitaminosis A y B o a las avitaminosis múltiples como posibles factores

asociados^{3,9}, además se ha observado niveles significativamente más bajos de cobre, que produciría una alteración de la melanogénesis, dejando áreas hipopigmentadas¹⁸. Otro estudio realizado en Bogotá pudo relacionar el estado nutricional deficiente con la queratosis folicular y PA¹⁹.

En cuanto a los hábitos de higiene, el 80% de nuestros pacientes tenía una frecuencia de baño cada 2 días o más, lo que coincide con estudios anteriores que indican que el estado higiénico general era inadecuado en el 94%^{19,20}. La mayoría de nuestros pacientes usaron jabones de tocador o germicidas; ha sido reportado que el uso excesivo de jabones abrasivos, esponjas y duración prolongada del baño favorecen la presencia de PA^{3,21}. En todos los casos la exposición solar directa fue mayor de 2 horas diarias lo que concuerda con lo expuesto en la literatura^{3,6}.

Con respecto al cuadro clínico, la PA es una entidad de curso crónico extremadamente variable; muchos de los casos persisten varios meses o años^{6,22}. El tiempo de enfermedad en nuestros casos fue también variable; sin embargo, el 55% tenía la enfermedad por más de un año.

En cuanto a la localización de las lesiones se ha descrito que pueden presentarse en cualquier zona del cuerpo; pero predominan en cara, particularmente la frente, región malar, perioral y periorbicular. Las lesiones pueden presentarse además en el cuello, extremidades, tronco, espalda, y raramente en escro-

to¹⁷. Todos nuestros pacientes presentaron lesiones en cara de acuerdo a los criterios de inclusión determinados; además presentaron lesiones en extremidades superiores y cuello en el 13 y 3% respectivamente.

El número de lesiones en la PA pueden variar desde una mácula aislada hasta más de 20 lesiones^{20,23}; aunque lo frecuente es encontrar 2 ó 3 parches como en nuestros casos en que la mayoría tenía menos de 10 lesiones.

En cuanto a la extensión de la enfermedad, establecimos el porcentaje de área facial afectada por la PA; se encontró que 8 casos de los 29 consignados tenían afectada entre al 11 al 20 % de la cara y que 6 de 29 tenían compromiso de más del 30%. No está descrito en la literatura el porcentaje de área; sin embargo, se describe que las lesiones oscilan entre 0.5 a 2cm de diámetro, siendo a veces mayores^{22,23}, e inclusive llegar a placas extensas y generalizadas²⁴.

En nuestro estudio predominaron las lesiones con bordes difusos (67%) coincidiendo con lo referido en la literatura que generalmente los bordes no son nítidos^{6,25}; sin embargo, en pacientes de piel oscura los bordes están bien delimitados²⁰.

El cuadro clínico de la PA está pobremente definido en la literatura y aunque su mismo nombre hace referencia a lesiones hipopigmentadas finamente descamativas (pitiriasis alba), algunos autores han llamado la atención de la presencia de eritema y pigmentación e incluso del aspecto folicular de la PA^{1,14,21}.

En 1977 Vargas-Ocampo describió tres estadios clínicos de la PA: temprano, intermedio y tardío. El estadio temprano caracterizado por parches de diámetro promedio más pequeño (0.5-2cm), de color eritematoso, bien delimitados, con pápulas foliculares puntiformes y a veces costras serosas minúsculas en su superficie. El estadio intermedio con parches de tamaño relativamente mayor (0.5-5cm), hipopigmentados, con pápulas foliculares diminutas más pronunciadas en las extremidades superiores sin costras y el

estadio tardío caracterizado por parches grandes (2-5cm) difusos, de bordes irregulares, hipopigmentados, sin pápulas foliculares, cubiertas por escamas finas²⁶.

La hipocromía puede ser el resultado de la descamación de la piel, que ejercería un efecto pantalla para los rayos solares. En cuanto a la PA eritematosa, esta puede ser una lesión con mínima descamación y presencia de eritema que luego desaparece persistiendo solo la descamación y despigmentación^{20,22}.

La PA pigmentante fue descrita por du Toit en 1993 y consiste en máculas de coloración azulada central rodeadas por hipocromía perilesional, asociada en un 65% a dermatofitosis²¹. No es raro observar la variante folicular de la PA que presenta hiperqueratosis folicular dentro o alrededor de las máculas hipopigmentadas que recuerdan a la queratosis pilar¹⁴.

Debido a este espectro clínico variado, que va desde lesiones totalmente maculares hipocrómicas de tono blanquecino hasta lesiones eritematosas descamativas, con formas eccematosas, foliculares o pigmentantes, algunos autores prefieren usar el término de eccemátide o pitiriasis simplex para referirse a la PA^{17,27}. Las lesiones crónicas pueden progresar al eccema numular o a la DA.

La variante hipocrómica fue la forma más frecuente en nuestro medio; en la revisión retrospectiva de 6 años el 92% de los pacientes con PA tenían esta forma y en el estudio prospectivo de los 31 casos, donde los investigadores usamos criterios estandarizados, esta variante se presentó en el 81%, mientras que la eritematosa fue la segunda más importante del estudio con una ocurrencia en el 42% de los casos, la forma pigmentante en el 10% y la folicular solo en el 6% de los casos.

Se realizó el estudio descriptivo de las 33 biopsias de piel lesional según el tipo de lesión clínica a fin de establecer un correlato clínico-patológico:

1. En la variante hipocrómica los hallazgos más comúnmente observados incluyeron a la espongiosis que se acompañaba de grados variables de hiperplasia epidérmica, paraqueratosis, y ortoqueratosis. En la dermis encontramos infiltrado linfocitario mayormente perivascular, liquenoide y superficial, con algunos casos presentando además un componente profundo; la incontinencia pigmentaria en dermis papilar fue un hallazgo predominante (Fig. 3). A nivel folicular se observó hipoplasia de las glándulas sebáceas(explicable por la edad de los pacientes), espongiosis, exocitosis hacia el epitelio folicular, y tapones foliculares en menor número. Un hallazgo adicional no descrito previamente por otros autores fue la presencia de mucinosis folicular y perifolicular (Fig. 4). En el estudio histológico de Vargas Ocampo²⁶ el estrato córneo fue descrito como lamelar con leve hiperqueratosis en el borde del folículo piloso, coincidente con nuestro estudio y el estrato espinoso medianamente acantósico. Halló melanización irregular de la capa basal como en nuestros casos; sin embargo, a diferencia de nosotros, encontró en dermis un leve edema cerca del folículo piloso, asociado con un moderado infiltrado de distribución perifolicular e interfolicular del tipo linfocitario. A nivel folicular observó mínima espongiosis y exocitosis, los tapones córneos fueron pequeños; pero los conductos ecrinos estuvieron frecuentemente rodeados por queratina compacta, cambios que fueron igualmente observados en nuestro estudio.

2. En la variante eritematosa se encontró en epidermis pigmentación de la capa basal, espongiosis, exocitosis, paraqueratosis, ortoqueratosis e hiperplasia epidérmica. En dermis se vio infiltrado inflamatorio a predominio de linfocitos, más frecuentemente tipo liquenoide, seguido del tipo superficial, superficial y profundo, infiltrado perianexial y menos común el infiltrado perivascular. Se observó además incontinencia pigmentaria y raramente

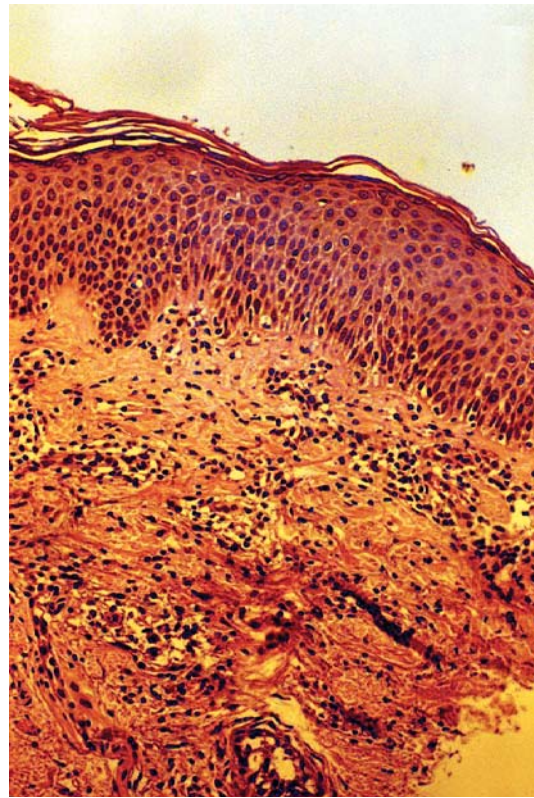


Fig.3. Espongiosis, leve infiltrado inflamatorio perivascular superficial en muestra de lesión hipocrómica. HE 40X.

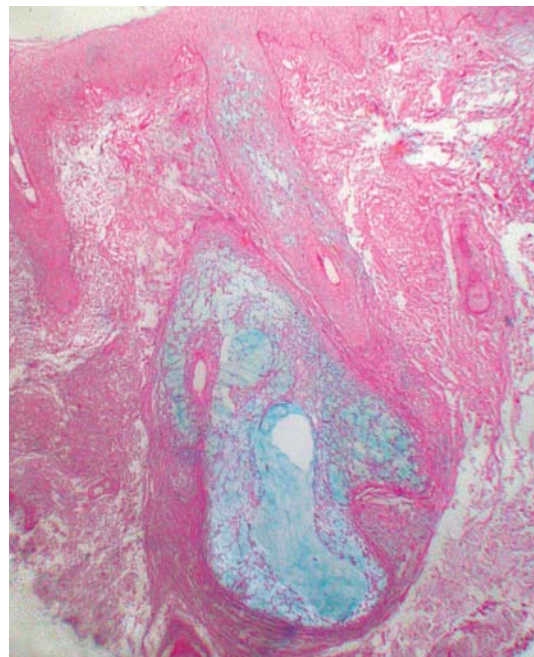


Fig. 4. Variante folicular coloración coloidal-Alcian Blue positiva para mucina dentro de folículo piloso. 40X.

extravasación de eritrocitos. Los cambios foliculares mostraron hipoplasia de glándulas sebáceas, menos espongirosis, exocitosis, tapones foliculares y mucinosis perifolicular. Estos cambios son similares a los encontrados en el estudio de Vargas Ocampo²⁶, quien observó células paraqueratósicas en áreas dispersas del estrato córneo, especialmente en lo alto del osteum folicular y exudado seroso, leve edema espongiótico y exocitosis confinados a la células basales y suprabasales, sobre zonas de predominio inflamatorio dérmico subyacente. En dermis encontró un moderado infiltrado linfocitario alrededor de los vasos sanguíneos, principalmente en la vecindad del complejo pilo-sebáceo y la dermis superior que se extendía entre las células epiteliales de la epidermis perifolicular y la vaina externa del folículo. El folículo piloso mostró tapones queratósicos que se desarrollaron gradualmente con dilatación del ostium, edema espongiótico moderado y glándulas sebáceas atróficas.

3. En la variante pigmentante, se encontró pigmentación irregular de la capa basal, espongirosis, paraqueratosis e infiltrado dérmico linfocitario de tipo liquenoide y superficial. Se observó además incontinencia pigmentaria y extravasación de eritrocitos. Los cambios foliculares demostraron espongirosis y atrofia de glándula sebácea. El estudio de du Toit²¹ reporta características de una dermatitis subaguda con grados variables de incontinencia pigmentaria.
4. En la variante folicular, nuestros casos presentaron epidermis con ortoqueratosis, espongirosis, exocitosis, hiperplasia epidérmica y pigmentación irregular de la basal. En dermis se observó infiltrado superficial de linfocitos, incontinencia pigmentaria y extravasación de eritrocitos. Los cambios foliculares hallados fueron espongirosis folicular, exocitosis y tapones foliculares. Adicionalmente hallamos hipoplasia de glándulas sebáceas y mucinosis

folicular. Vargas Ocampo encontró en esta forma de PA ortoqueratosis y paraqueratosis, exocitosis linfocítica, edema espongiótico en el estrato espinoso y capa basal irregularmente pigmentada. En dermis encontró infiltrado linfocitario alrededor de la raíz pilosa y de las glándulas sebáceas atróficas. Ocasionalmente observó melanófagos y moderado edema perivascular. A nivel del folículo piloso encontró tapones córneos bien desarrollados y dilatación del ostium folicular. Encontró también las glándulas sebáceas reducidas en número y tamaño y estaban pobremente desarrolladas o inclusive no se identificaron en algunos cortes.

Un hallazgo que vale la pena tomar en cuenta es la presencia de mucina que ocurrió en 5 de los 31 casos. Nickoloff sugiere que el depósito de mucina intercelular en el epitelio folicular es responsable de la acumulación espongiótica de fluido que es observado en las enfermedades arriba mencionadas²⁸. Ha habido reportes opuestos sobre el origen celular del material mucinoso folicular. Ishibashi ha sugerido que la mucina es producto de la secreción de las células epiteliales²⁹, pero Lancer y col. no pudieron confirmar esta posibilidad³⁰.

La atrofia de las glándulas sebáceas halladas en todas las variedades clínicas de PA se puede explicar porque las glándulas sebáceas se atrofian después del nacimiento y permanecen pequeñas hasta la pubertad cuando responden al estímulo hormonal gonadal^{10,31,32}. Según Solomón a los 4 años aproximadamente hay disminución de lípidos epidérmicos que refleja una relativa inactividad de la glándula sebácea³³.

En las muestras estudiadas hay una pobre asociación entre las variantes clínicas epidérmicas que no son específicos para cada tipo de lesión lo que no permite establecer un correlato clínico-histopatológico como lo planteo Vargas Ocampo en su estudio.

Conclusiones

El presente estudio establece la existencia de variantes clínicas definidas, que son la hipocrómica, eritematosa, pigmentante y folicular; sin embargo no fue posible establecer la existencia de un correlato clínico patológico entre estas variantes.

El nombre de pitiriasis alba, que significa solo lesión hipocrómica finamente descamativa, no representa el polimorfismo clínico observado, por lo que proponemos denominarla como pitiriasis simplex, pudiendo agregarse el término hipocrómica, eritematosa, pigmentante o folicular para su mejor connotación semántica según sea el caso.

Es necesario un estudio prospectivo con un mayor número de casos para establecer la existencia de un patrón histopatológico para cada una de estas variedades clínicas.

Referencias bibliográficas

1. Yamamoto K. Pityriasis alba. In Harper J, Oranje A, Prose N. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Blackwell Science Ltd., London, 2000, vol 1: p260-1.
2. Arnold H, Odom, R, James W. *Andrews Tratado de Dermatología*, 4ª ed. Ediciones Científicas y Técnicas, 1993. p240-241.
3. Blessmann M, Sponchiado L, Ferreira T. Pitiríase alba; Aspectos epidemiológicos clínicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro, 2000;75(3):359-67
4. Fox H. Partial Depigmentation, chiefly on the face in Negro Children. *Arch Dermatol Syphil* 1923; 7:268-9
5. O'Farrel NM. Pytiriasis alba. *Arch Dermatol* 1956; 73:373-7
6. Arenas R. Pitiriasis Alba. En: *Dermatología, atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw-Hill. Interamericana México; 1997. p75,76.
7. Ruiz-Maldonado R. Alteraciones pigmentarias de la piel. En Ruiz-Maldonado R. Parish L, Beare M. *Tratado de Dermatología Pediátrica*. México DF, Nueva Editorial Interamericana-McGraw-Hill, 1992, p274-5
8. Bassaly M, Miale A. Studies on pityriasis alba. A common facial skin lesion in egyptian children. *Arch Dermatol* 1963;88:272-3
9. Wells BT, White HJ, Kierland RR. Pityriasis alba: a ten-year survey and review of the literature. *Arch Dermatol* 1960;82(Aug):183-9
10. Martínez R, Pastrana F, Ramirez C, Naranjo M, Ortiz P. Morbilidad por afecciones dermatológicas. Estudio estadístico territorial. *Rev Cubana Pediatr* 1999;71(2):53-9
11. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric dermatology clinic patients in Kuwait: an analysis of 10,000 cases. *Pediatr Dermatol* 1999; Jan-Feb;16(1):6-11
12. Fung WK, Lo KK. Prevalence of skin disease school children and adolescents in a Student Health Service Center in Hong Kong. *Pediatr Dermatol* 2000 Nov-Dec; 17(6):440-6.
13. Magaña M, Vásquez R, Gonzáles N. *Dermatología pediátrica en el hospital general*. Frecuencia de las enfermedades de la piel del niño en 10,000 consultas, 1990-1994. *Rev Med Hosp Gen Méx* 1995;58(3):124-30.
14. Falabella R. Nongenetic disorders of hypopigmentation In Schachner, Hansen R. *Pediatric Dermatology*, 3rd ed. Mosby Ltd. 2003. Spain p504-13
15. Hanifin J, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venerol (Stockh)* 1980;92(suppl):44-7
16. Mevorah B, Frank E, Wietlisbach V, et al. Minor clinical features of atopic dermatitis. *Dermatologica* 1988;177:360-4.
17. Cáceres Héctor, Rueda M. *Dermatitis Atópica*. *Dermatología Peruana* 1999;9(2):24-31
18. Galadari E, Helmy M, Ahmed M. Trace elements in serum of pityriasis alba patients. *Int J Dermatol* 1992;31(7):525-6
19. Franklin M, Calderón R. Factores personales y el medio ambiente en las dermatosis de los menores de 15 años del municipio de La Calera. Bogotá 1988 ;s/n: 175 (abstract)
20. Díaz Uribe L. H. Pitiriasis alba: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. *MedUNAB* 2003; 6:168-172
21. Du Toit MJ, Jordan HF. Pigmenting pityriasis alba. *Pediatr Dermatol* 1993;10(1):1-5
22. Mohsin Ali. Pityriasis Alba. *eMedicine Journal*, Nov 30 2001, VOL 2, Num 11. <http://www.emedicine.com/derm/topic333.htm>
23. Fitzpatrick T, Freedberg I, Eisen A, Wolff K, Austen F. *Dermatology in General Medicine*. Fifth ed (USA) Vol I, 2001. p978
24. Zaynoun ST, Aftimos BG, Tenekjian KK, Bahuth N, Kurban AK. Extensive pityriasis alba: a histological histochemical and ultrastructural study. *Br J Dermatol* 1983; 108(1):83-90
25. Larralde Luna M, Ballona R. *Dermatitis Atópica y Área del Pañal*. En: *Dermatología Neonatal Pediátrica*. Buenos Aires: Ediciones Médicas; 1995.
26. Vargas-Ocampo F. Pityriasis alba: A Histologic study. *Int J Dermatol* 1993;32(12):870-3

27. Armijo M, Camacho F. Tratado de Dermatología. Vol I. Grupo Aula Médica. Madrid, 1998. 219-220
28. Nickoloff BJ, Wood C, Farber EM. Follicular Spongiosis with Intercellular deposition of mucin: observations and speculation. *Am J Dermatopathol*, 1985; 7:302-303
29. Ishibashi A: Histogenesis of mucin follicular mucinosis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1980 (56):163-71
30. Lancer MA, Bronstein BR, Nakagawa H, Bhan AK and Mihm MC: Follicular mucinosis: A detailed morphologic and immunopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1984(10):760-768
31. Martin RF, Lugo-Solomolinos A, Sanchez J. Clinicopathologic study on pityriasis alba. *Bol Asoc Med P R* 1990;82(10):463-5
32. Bologna J, Shapiro P. Albinism in other disorders of hypopigmentation. In: Arndt K, Le Boit P, Robinson J, Wintroub B. *Cutaneous Medicine and Surgery*. W Saunders Company: Pennsylvania; 1996. p1219-1232.
33. Solomon L, Esterly N. Functional components of the skin. In *Neonatal Dermatology*. Vol 9 in the series *Major Problems in Clinical Pediatrics*. 1973 W.B. Saunders Company. Philadelphia. p17-22